Radio Colibri

Loucura e saúde mental

Um guia de estudos (para usuários)

Loucura e saúde mental crítica

Um guia de estudos (para usuários)

Equipe Rádio Colibri

2023

Apresentação

Esse é um guia de leitura e apostila de trabalho voltado para pessoas que queiram compreender de maneira mais crítica questões que cercam coisas como *saúde mental*, *loucura*, e *sofrimento psíquico.* Não é um manual para especialistas ou sequer para estudantes universitários que estejam estudando o assunto. Esse guia é para qualquer pessoa que esteja interessada em entender a questão da saúde mental mais a fundo.

O tema da saúde mental e da loucura é, de fato, cada vez mais urgente. Desde antes da pandemia da COVID-19, a Organização Mundial da Saúde já apontava como o número de pessoas diagnosticadas com algum transtorno mental (voltaremos a essa palavra mais à frente) vêm aumentando no mundo todo. Segundo um estudo publicado em 2014, nas capitais brasileiras mais de 50% das pessoas serão diagnosticadas com um *transtorno mental comum* - depressão e ansiedade - em algum momento[1]. A pandemia parece ter piorado a situação. Um relatório da OMS reporta que os diagnósticos de depressão e ansiedade subiram 25% no mundo todo durante a pandemia[2]. Muitos profissionais de saúde e ativistas da saúde mental dirão que precisamos de "mais serviços". Mas o que isso significa? Mais hospitais psiquiátricos? Mais medicação? Aulas de yoga? Terapia gratuita para todos?

Quando se olha para alguns dados, essa questão fica ainda mais complexa. Por exemplo, apesar de serem importantes para muitos casos de depressão, o efeito médio dos antidepressivos é baixo[3]. Da mesma forma, a história das instituições psiquiátricas "tradicionais", como os hospitais psiquiátricos, mostra uma prática centrada na tutela hierárquica dos usuários e afastamento dos internos em relação à sociedade, tirando sua autonomia - e esses elementos podem ser responsáveis pela institucionalização crônica das pessoas em sofrimento psíquico. Assim, pedir por

---

[1] Gonçalves et al. (2014). Estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na atenção primária: prevalência e fatores sociodemográficos relacionados. *Cadernos de Saúde Pública*, 30: 623-632.
https://www.scielo.br/pdf/csp/v30n3/0102-311X-csp-30-3-0623.pdf

[2] Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief, 2 March 2022. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1

[3] https://cmaximino.wordpress.com/2021/01/19/antidepressivos-sao-de-fato-antidepressivos/

"mais serviços" sem olhar para esses serviços de maneira crítica pode ser muito arriscado.

Em paralelo, muitos grupos de usuários e ex-usuários de serviços de saúde mental (bem como outras pessoas que nunca passaram por esses serviços, mas que são comumente lidas como "loucas" por ouvirem vozes, apresentarem expressões extremas das emoções, ou acreditarem em coisas "estranhas") vêm se organizando para estudar, socializar, e apoiarem-se uns aos outros. A mera existência desses grupos coloca em xeque a noção de que indivíduos com um diagnóstico são incapazes de se virarem e decidirem os rumos das próprias vidas e que, se recusarem o tratamento, terminarão em atos violentos ou vivendo em um mundo próprio de fantasia. Muitos desses grupos denunciam, desde os anos 1960, que os tratamentos a que são submetidos são muitas vezes ineficazes, desnecessários, ou até mesmo danosos. De fato, muitos tratamentos e serviços de saúde mental são soluções simplistas e individuais para problemas complexos criados pelos sistemas políticos e econômicos.

Esse guia de estudos foi feito para aquelas pessoas que percebem as incertezas e dúvidas que circulam o tema da "loucura", dos "transtornos mentais", ou das "doenças mentais". Se você recebeu um diagnóstico, tratamento psicológico ou medicação e sentiu que havia algo errado com sua experiência, talvez esse guia te ajude a estudar e entender melhor a questão. Se você tem algum parente ou amizade que passou por algum tratamento de saúde mental e sentiu uma confusão com o processo, talvez esse guia te ajude a estudar e entender melhor a questão. Se você nunca teve contato com serviços de saúde mental, mas sente que a loucura ou os transtornos mentais de alguma forma atravessaram sua vida, talvez esse guia te ajude a estudar e entender melhor a questão. De qualquer maneira, você não achará respostas fáceis aqui. Esse guia não foi construído como algo que vai te dar uma ideologia ou crença coerente e única a partir da leitura. Espero com este guia iniciar e facilitar um processo independente de pensamento crítico e questionador sobre a saúde mental, na esperança que isso ajude indivíduos e grupos em sua jornada de descoberta.

Esse guia está organizado em dez unidades. Elas são, em grande medida, independentes entre si. Assim, você ou seu grupo podem optar por começar em

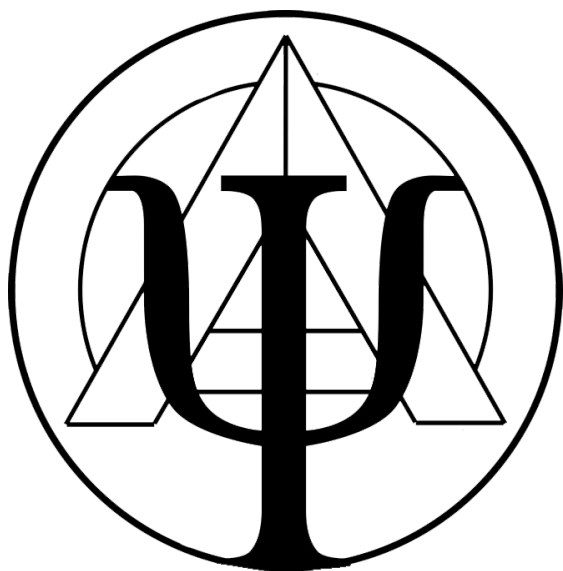
qualquer uma delas. Podem estudar um pouco de cada unidade, ou se aprofundar em uma unidade que seja mais importante para vocês, ou estudar o guia todo. No começo de cada unidade, escrevi um resumo dos temas e das questões que são exploradas no material recomendado; ao final, sugiro algumas questões que podem ajudar a guiar discussões ou anotações. Em todas as unidades, sugiro um ou dois textos primários que introduzem os temas da unidade; dei prioridade a materiais que estejam disponíveis gratuitamente *online*. Em seguida, sugiro textos secundários e materiais em outras mídias, como *podcasts*, filmes, e vídeos. Todos esses materiais são só sugestões; sinta-se livre para pular, mudar a ordem, e "remixar" os materiais.

Busquei também não limitar as indicações a materiais escritos em formato de ensaio ou artigo, apresentando sempre que possível indicações de filmes, músicas, e podcasts que tratem do tema. O que deliberadamente *não* evitei foi materiais que tratassem de temas difíceis e conteúdos que, para muitas pessoas, podem ter um significado pessoal traumático ("gatilho"), como violência de gênero, microagressões contra pessoas LGBTQIA+ ou não-brancas, suicídio e comportamento auto-lesivo, e negligência e abuso na infância. **Considere isso um aviso de conteúdo**, e pule esses materiais se achar necessário.

Sempre que possível, incluí conteúdos que fossem escritos por pessoas com experiência vivida com diagnósticos de transtornos mentais, na forma de relatos em primeira pessoa. Esses relatos devem ser entendidos como caminhos teóricos na tentativa de entender o sofrimento psíquico, e não como "estudos de caso".

De qualquer forma, espero contribuir com a sua jornada de descoberta na promoção de uma saúde mental cujo valor central seja a liberdade. Em frente!

Unidade 1. Conceitos de saúde e doença em saúde mental

“A relação do homem com a loucura não é a do homem com sua loucura. Em outros termos, o homem ainda não fez sua a loucura. E visto que a loucura não é a contraface interior que cada qual porta em si de forma velada e que no insano emerge à luz do dia, ninguém verá no louco um alter ego. Assim fica excluída qualquer relação de coisificação ou apropriação, e não haverá ardil capaz de provar que esse Outro, afinal, em toda sua estranheza, não passava de uma outra faceta do Mesmo. A loucura não é o Outro do homem (do qual ele poderia se assenhorear), mas simplesmente o Outro” - Peter Pál Pelbart, “Da clausura do fora ao fora da clausura”

O símbolo é composto pela letra grega "psi", que é o símbolo clássico da psiquiatria e da psicologia. Ela está em um círculo junto com a letra grega "alfa" simbolizando como inicial o prefixo anti-(contra).

Antes de discutirmos qualquer relação interna à saúde mental – as relações de poder que sustentam diagnósticos, as explicações que são dadas ao sofrimento psíquico, a forma como alguns aspectos da saúde mental são formas de gerir a diferença, ou a relação ambígua da saúde mental com os medicamentos –, é importante pensarmos de forma crítica os conceitos de saúde e doença que atravessam essa área. Esse talvez seja um dos debates mais longos na história recente da saúde mental.

O modelo dominante entre psiquiatras e uma boa parte dos psicólogos é o

chamado *modelo biomédico*, também chamado de *medicalização*, que toma o modelo das doenças orgânicas ("do corpo") para explicar o sofrimento psíquico. Nesse modelo, o processo de realizar um diagnóstico implica em localizar um conjunto de *sintomas* - as coisas que as pessoas sentem e relatam elas próprias, como dores de cabeça, dificuldade de respirar, tristeza, ou preocupação excessiva - que seriam relacionados a uma alteração na estrutura ou função de uma parte do corpo. No caso das doenças orgânicas, é comum que se façam exames clínicos - como a ausculta do coração ou do pulmão, tomografias ou raios-X, ou exames de sangue ou urina - para identificar *sinais*, que são indicadores diretos ou indiretos dessas disfunções nos órgãos. Algumas vezes, o resultado desses exames pode ser chamado de *biomarcador*; por exemplo, níveis altos de glicose na urina são biomarcadores de diabetes. Assume-se, portanto, que para a maioria das doenças existe uma *causa patológica*, uma alteração no funcionamento de um órgão que causa os sintomas[4]. Mas, no caso dos sintomas mentais, apesar de décadas de pesquisa, nunca foi possível encontrar um biomarcador, um sinal, ou evidência forte de uma alteração orgânica que fosse a *causa* desses sintomas.

O texto de **Fernando Freitas** discute essa questão de maneira bastante completa, discutindo um dos principais debates que essa aproximação entre sofrimento psíquico e doenças orgânicas levanta: o que pode ser considerado disfunção em um contexto pode ser entendido como normal em outro, e isso torna muito difícil distinguir entre o que seria um "transtorno" mental e o que seria uma variação normal. Discutindo a história de "Samantha" e sua relação com o sistema de saúde mental britânico, Fernando Freitas sugere que uma boa parte daquilo que chamamos de "transtorno mental" na realidade são respostas normais e adaptativas a contextos traumatizantes e estressantes. Essa perspectiva aproxima o sofrimento psíquico a partir de suas relações com fatores sociais mais amplos, como a desigualdade, a pobreza, e a discriminação, bem como com traumas como violência e abuso.

O artigo de **Fernanda Martinhago e Sandra Caponi**, publicado na revista científica *Physis*, apresenta algumas críticas que são feitas por

[4] Nem sempre a patologia assume uma causa física direta para as doenças orgânicas.

especialistas ao sistema de diagnóstico baseado no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) da Associação Americana de Psiquiatria. Ainda que, no Brasil, os diagnósticos sejam classificados de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), na prática muitos psiquiatras e outros profissionais da saúde mental apóiam-se no DSM como ferramenta. As autoras apontam que o DSM possui uma certa *racionalidade diagnóstica* que busca uma saída pragmática para o problema do sofrimento psíquico, definindo categorias diagnósticas (como *transtorno de ansiedade generalizada*, *esquizofrenia*, ou *transtorno bipolar*) que são em grande parte arbitrárias, em função de um uso para a clínica. Assim, a natureza do sofrimento, suas relações com a cultura e aspectos histórico-sociais, ou seu significado ou papel em uma narrativa pessoal não são questionados. Pouco importa o que minha ansiedade, minha melancolia, ou o fato de ouvir vozes significam, como interajo com esses fenômenos, e como construo (ou “descontruo”) coisas com eles: o importante é a nomeação arbitrária do sintoma em um conjunto de transtornos.

O texto "Tornar-se indiagnosticável", do **Coletivo PMS**, é uma reflexão sobre o papel do poder na construção de diagnósticos de transtorno mental. Partindo de uma perspectiva libertária radical, o Coletivo PMS encara o diagnóstico como uma relação de poder tanto quanto como de potência. Se, por um lado, um diagnóstico pode *esclarecer* muita coisa, dar nome a sentimentos e pensamentos que sinto como estranhos ou angustiantes, por outro pode também *prender* em uma identidade: "Um diagnóstico pode, por um lado, introduzir um mundo inteiro de novas informações sobre os processos da vida, pensamento ou desejo que você não conhecia antes, ajudando a aliviar a dor ou a confusão. Por outro lado, um diagnóstico pode ser um nome, funcionando para distingui-lo dos outros e para justificar o tratamento que os outros lhe dão, seja ele desdenhoso, atencioso ou algo intermediário".

O texto de **Enric Llopis** faz um apanhado geral do que vem sendo chamado de "psiquiatria crítica", uma abordagem à saúde mental que não nega a realidade do sofrimento psíquico, mas busca expandir as possibilidades de crítica e a

causalidade do sofrimento para o contexto social.

O último texto recomendado, de **Matheus Iotto**, começa a apresentar algumas alternativas práticas aos cuidados em saúde mental que se baseiam na psiquiatria hegemônica. Muitas vezes, as críticas ao diagnóstico são rebatidas com uma saída pragmática: o diagnóstico é importante para promover cuidados em saúde mental que não serão acessados de outra maneira. Mas as práticas atuais da saúde mental estão longe de promoverem a potência e a liberdade. O texto discute alternativas à atenção à crise - aquelas situações em que a pessoa entra em um estado de sofrimento tão grande que pode causar problemas a si e a outras pessoas.

Leituras

Texto principal

Fernando Freitas, "**Você está mentalmente doente ou muito infeliz? Os psiquiatras não conseguem chegar a um acordo**". Mad in Brasil. https://madinbrasil.org/2022/02/voce-esta-mentalmente-doente-ou-muito-infeliz-os-psiquiatras-nao-conseguem-chegar-a-um-acordo/

Textos secundários

Fernanda Martinhago & Sandra Caponi, “Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais”. https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290213

Coletivo Power Makes Us Sick, **"Tornar-se indiagnosticável".** https://coletivoponte.noblogs.org/post/2020/12/05/tornar-se-indiagnosticavel/

Enric Llopis, "**É necessária uma psiquiatria crítica que contribua para um processo de libertação**". https://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/586675-e-necessaria-uma-psiquiatria-critica-que-contribua-para-um-processo-de-libertacao

Matheus Iotto, **"Serviços de atenção à crise em saúde mental".** Centro Educacional Novas Abordagens Terapêuticas. https://blog.cenatcursos.com.br/servicos-de-saude-mental/

Para assistir e ouvir

No vídeo sobre a história da psicopatologia no Brasil, Benilton Bezerra apresenta como os conceitos de saúde e doença se articularam na história da saúde mental. https://youtu.be/r-XJtS0A1WQ

O vídeo do CENAT sobre ouvidores de vozes apresenta uma interessante perspectiva sobre o que comumente é interpretado como um sintoma, mas que pode construir significados e potências. https://youtu.be/Sr_C6D3IZbY

O vídeo do psicanalista Pedro Ambra, no Café Filosófico, apresenta uma reflexão sobre os limites entre o público e o privado no sofrimento psicológico: 'ual o limite que separa o nosso sofrimento privado do contexto social em que estamos inseridos?

https://www.youtube.com/watch?v=1HTlfS4y33E

O episódio 02 do podcast "Caraminholas" discute o processo de desconstrução da psiquiatria tradicional e de suas dinâmicas opressivas e violentas, e como o conceito de "normalidade" precisa ser relativizado em cada contexto social e situação de vida

https://open.spotify.com/episode/6fYLKU87s8x1vR3izXvzG7

Perguntas para reflexão

1. Como psiquiatras e psicólogos "medem" um transtorno mental? Como sabemos que alguém é "transtornado"? Em algumas áreas da medicina, uma doença é diagnosticada após uma série de exames, mas não no caso da saúde mental. Se esses exames não estão disponíveis como base para o diagnóstico, que outras bases são possíveis? Essas outras bases são mais confiáveis do que um exame clínico? Você acredita que poderia saber que uma pessoa está com um transtorno mental só de olhar para ela?

2. O texto do Coletivo PMS apresenta duas possibilidades

em relação ao diagnóstico, uma positiva (dar nome a um sofrimento e entender suas causas) e uma negativa (estigmatizar e fazer toda a nossa identidade girar em torno de uma categoria diagnóstica). Você acha que a forma como a saúde mental vêm produzindo seus diagnósticos é mais positiva ou mais negativa?

3. Por que as pessoas recebem diagnósticos em saúde mental? Que tipos de circunstâncias poderiam levar uma pessoa a receber um diagnóstico, seja voluntária ou involuntariamente? Que tipos de serviços, intervenções de saúde, e/ou benefícios de assistência social uma pessoa só pode receber depois que tiver um diagnóstico? Por que?

4. O termo “medicalização” às vezes é usado para se referir à transformação de questões não-médicas em questões médicas (p. ex., pobreza). Quais são as implicações da “medicalização”, na saúde mental? Significa que o sofrimento psicológico é essencialmente não-médico? Ou que o sofrimento psicológico é médico, mas suas causas orgânicas (do corpo) ainda não foram descobertas? Será que é uma questão de perspectiva? De poder? De dinheiro? Existe diferença entre “medicalização” e “patologização”?

5. Um diagnóstico, na psiquiatria, é uma forma de definir em qual lado você está em uma dicotomia normal-anormal. Como você vê esses pólos de normalidade e anormalidade em sua vida? Existem momentos ou maneiras em que você se sente como se fosse “anormal”? Em caso positivo, como isso afeta sua vida?

Unidade 2: Relações de poder no diagnóstico

“Quando a medicação que eu estava tomando me impossibilitou de chorar, eu a recusei. ‘Por quê?’, exigia esse mesmo médico. ‘Porque não me deixa chorar’. **Certamente*****, eu pensei,*** **é certo e bom para mim chorar. É o que se faz quando se está de luto*****. Mas ninguém me perguntou pelo que eu estava de luto, ou por quê. Como esse médico interpreta a minha recusa em tomar as pílulas prescritas? ‘Não posso ajudá-la se você escolher ser infeliz’. O que aprendi sobre a loucura é o seguinte: quem quer que tenha o poder determina o que ‘loucura’ significa”*** – Beth Filson, “The haunting can end: trauma-informed approaches in healing from abuse and adversity”

Imagem comumente utilizada nos Estados Unidos do séc. XIX para anunciar pessoas escravizadas que haviam fugido. Domínio público.

A questão do diagnóstico e da saúde mental também está relacionada às relações de poder que atravessam uma sociedade organizada pela separação e hierarquia com base em sexo, gênero, raça, etnia, orientação sexual, classe, deficiência, e nacionalidade. Mesmo se aceitarmos que os diagnósticos são mais do que somente nomes que damos a formas mais comuns de sofrimento psíquico e de reagir ao estresse e trauma de viver em tal sociedade (ver Unidade 1: Conceitos de saúde e doença), é comum observar que algumas categorias ocorrem mais em alguns

grupos do que em outros - principalmente em algumas *minorias*[5]. Por exemplo, estima-se que as mulheres têm quase o dobro de chance de serem diagnosticadas com depressão do que os homens. Outro exemplo é a relação inversa entre *status* sócio-econômico (uma mistura de renda, educação, e segurança econômica) e saúde mental, de maneira que pessoas de classes mais baixas apresentam maior probabilidade de receber um diagnóstico psiquiátrico.

Essa disparidade de diagnósticos entre minorias sugere que as relações de poder que atravessam nossa sociedade também interferem na maneira como os diagnósticos ocorrem. Podemos pensar que isso aconteça porque pessoas em situações de opressão (de gênero, de raça, de classe, de sexualidade, etc) estão sujeitas a maior estresse em suas vidas precisamente devido à violência e às microagressões que sofrem. Esse é o modelo explicativo do *estresse de minoria*, ou *estresse minoritário*, que surgiu para explicar os motivos pelos quais pessoas LGBTQIA+[6] apresentam maior probabilidade de serem diagnosticados com ansiedade e depressão e de apresentarem ideação suicida mais frequentemente do que indivíduo cis-heterossexuais. Ainda que a teoria tenha sido construída principalmente no contexto das minorias sexuais (e, portanto, seus detalhes reflitam principalmente as opressões que esses grupos sofrem), em princípio a ideia poderia ser extrapolada para todas as minorias e suas intersecções.

Além do fato de que pertencer a uma minoria em vias de opressão é estressante e aumenta o risco de sofrimento psicológico, um outro efeito importante das relações de poder no campo da saúde mental é que as atividades que costumam estar associadas a esse campo - o diagnóstico e o tratamento - são realizados por pessoas com atitudes, pressupostos, e preconceitos internalizados sobre classe, raça, gênero, e sexualidade. Esses vieses ocorrem não porque profissionais de saúde mental sejam particularmente racistas ou misóginos, mas porque estão inseridos em sistemas que

[5] O termo "minoria" aqui é usado para se referir a um segmento social e politicamente oprimido, e não a um termo estatístico.

[6] Sigla para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, *queer*, Intersexo, Assexuais, e outras identidades e sexualidades dissidentes.

operam a partir de formas de pensar que são racializadas e generificadas.

O texto principal, escrito pela professora de Psicologia **Ayurdhi Dhar**, discute como pessoas racializadas e de classes baixas têm maior probabilidade não só de receber um diagnóstico de esquizofrenia e de abuso de substâncias, mas também são lidas como “irrecuperáveis”, retirando a agência moral desses pacientes. “Mesmo dentro de um diagnóstico de dependência, há discriminação racial em que pacientes brancos são mais propensos a procurar tratamento clínico, enquanto pacientes de raça negra e latinos têm maior chance de serem encarcerados”. O texto sugere que as diferenças nas taxas de diagnóstico não se devem a diferenças genéticas, mas sim à forma como tanto pessoas racializadas quanto pessoas diagnosticadas com algum transtorno psicótico ou que fazem uso de substâncias são lidas como perigosas e violentas. “A diferença entre aqueles que usam cocaína em pó em oposição aos que fumam crack é dividida em linhas raciais e socioeconômicas. Dessa forma, sua subjetividade moral no cenário psiquiátrico define o tipo de cuidado que eles receberão”. O texto é uma ótima oportunidade para refletir não somente sobre como o racismo e outras formas de opressão impactam a saúde mental por produzirem microagressões e estresse minoritário, mas também sobre como os diversos vieses racistas e classistas de uma sociedade hierarquizada produzem diagnósticos que são eles, também, racistas e classistas.

O texto de **Ana Maria Galdini Raimundo Oda** apresenta um pouco a história da psiquiatria brasileira a partir de uma contraposição entre as teorias dos psiquiatras Nina Rodrigues e Juliano Moreira, articulando a *teoria da degenerescência*, uma teoria racista e eugenista sobre o sofrimento psicológico que o considerava resultado de uma degeneração de um tipo primitivo perfeito e que era herdado em linhas raciais. No nascimento da Psiquiatria no Brasil, os médicos eram os principais proponentes dessa teoria, o que os levou a propor formas de tratamento e políticas públicas que evitassem essa “degeneração”. O texto nos ajuda a compreender como na matriz mesma da saúde mental brasileira teorias racistas e eugenistas ajudaram a construir muitas noções de uma

psiquiatria biológica que tenta a todo momento voltar a ser hegemônica.

O texto “O impacto do racismo na saúde mental”, de **Luciana Silvério Alleluia**, apresenta um panorama geral das teorias sobre o impacto do racismo e da discriminação contra imigrantes na saúde mental das pessoas, e aponta caminhos importantes para superar o racismo na atuação em saúde mental e trazer a questão étnico-racial para o campo.

Leituras

Texto principal

Ayurdhi Dhar, **“Como a raça e a classe afetam o diagnóstico de esquizofrenia e de uso de substâncias”**.

https://madinbrasil.org/2019/12/como-a-raca-e-a-classe-afetam-o-diagnostico-de-esquizofrenia-e-de-uso-de-substancias/

Textos secundários

Ana Maria Galdini Raimundo Oda, **“A teoria da degenerescência na fundação da psiquiatria brasileira: contraposição entre Raimundo Nina Rodrigues e Juliano Moreira”**.

https://www.polbr.med.br/ano01/wal1201.php

Luciana Silvério Alleluia, **“O impacto do racismo na saúde mental”**.

https://blog.cenatcursos.com.br/o-impacto-do-racismo-na-saude-mental/

Para assistir e ouvir

Saúde Mental da População Negra e Psicologia Preta – Sala de Convidados

https://www.youtube.com/watch?v=rXiiIm1UqVM

Café Filosófico | **Sofrimentos desiguais - entre o individualismo e o coletivo**

https://www.youtube.com/watch?v=84xuQ3salJY

Rádio Colibri, **"A saúde mental da pessoa LGBTQIA+, com Juliana Camará"**

https://radiocolibricast.wordpress.com/2022/04/11/radio-colibri-06-a-saude-mental-da-pessoa-lgbtqia-com-juliana-camara/

Rádio Colibri, **"Violência, trauma, poder, e saúde mental, com Katerine Sonoda"**

https://radiocolibricast.wordpress.com/2022/10/10/radio-colibri-14-violencia-trauma-poder-e-saude-mental-com-katerine-sonoda/

Perguntas para reflexão

1. Após assistir o vídeo sobre racismo e saúde mental, ler o texto de Luciana Alleluia, ou refletir sobre sua própria experiência, pense um pouco sobre o que as ansiedades e medos em torno da negritude têm a ver com um diagnóstico de transtorno mental. Esses diagnósticos têm ajudado pessoas racializadas a lidar melhor com suas vidas? A experiência do racismo é levada em conta nos atendimentos em saúde mental e/ou clínica psicológica, ou esses serviços vêm trazendo ainda mais sofrimento?
2. Depois de ouvir as músicas dos Racionais MC's ou MV Bill, você consegue perceber algum processo que poderia ser descrito como "desumanizante"? O que isso tem a ver com um diagnóstico de transtorno mental?
3. As estatísticas mostram que mulheres cis tem duas a três vezes maior chance de serem diagnosticadas com algum transtorno de depressão ou ansiedade. Por que você acha que isso acontece?

Unidade 3: A forma-manicômio e a gestão da diferença

"O louco é aquele que é 'estranho' à sociedade. E a sociedade decide se livrar desse elemento anárquico. O internamento é a rejeição, o alijamento do enfermo. A sociedade exige do psiquiatra que torne o enfermo novamente apto a integrar a sociedade" – Frantz Fanon, "Curso de psicopatologia social"

Foto de Giani Berengo Gardin para o livro "Morire di clase", editado por Franco Basaglia e Franca Ongario Basaglia

Durante uma boa parte de sua história, a loucura foi tratada como algo a ser isolado, em diferentes formas de segregação. Na Europa Medieval, os primeiros hospitais dedicados exclusivamente ao cuidado das pessoas loucas surgiram nos sécs. XII a XIV. Antes disso, o cuidado ocorria basicamente no âmbito privado – as pessoas lidas como loucas eram cuidadas por suas famílias e pela comunidade. É provável que, nesses hospitais medievais, as pessoas eram mantidas em confinamento solitário em condições primitivas, especialmente se fossem agitadas ou violentas. A literatura alemã menciona os *tollkisten*, "caixas" para o aprisionamento de "loucos frenéticos", nos hospitais nesse período.

Ao longo dos séculos XV e XVI, devido ao aumento da crise econômico-social e à crescente urbanização na Europa, multiplicou-se o número de miseráveis nas cidades europeias. Com essas mudanças sociais, milhares de camponeses desempregados deslocaram-se para as grandes cidades, e, como não havia trabalho para todos, a mendicância aumentou muito. A "solução" proposta pela nobreza e pelo clero era reorganizar as

instituições de caridade, com o recolhimento dos pobres a instituições. Boa parte das pessoas empobrecidas era recolhida a hospitais gerais, instituições que desempenhavam um papel combinado de hospital médico, asilo, pensão, prisão, oficina de trabalho, orfanato e reformatório. Nesses hospitais, os internos eram aprisionados forçadamente, e eram obrigados a trabalhar. Lá, todos os “errantes” eram acolhidos: mendigos, idosos, epilépticos, loucos, e enfermos em geral. O pensador francês Michel Foucault aponta que, com o tempo, esse internamento se torna maciço, e os hospitais se tornam figuras da exclusão social; todos aqueles que eram indesejados vão para o hospital.

O hospital psiquiátrico “moderno”, que tem a cara que entendemos hoje, surge na França, na virada do século XVIII para o século XIX. O mito de origem dos manicômios é narrado por meio de uma libertação que o funda: o psiquiatra francês Phillipe Pinel havia mandado serrar as correntes dos loucos, e a partir de então, a liberdade de circulação em um ambiente fechado passaria a configurar uma possibilidade de cura pelo asilo. Os loucos se deslocavam entre pavilhões, pátios, duchas geladas, choques, e punições. Certa mobilidade espacial foi importante para a produção do Asilo como instância de produção da obediência compreendida como cura.

O hospital psiquiátrico moderno é uma forma de *gestão da diferença*, assim como as formas anteriores também eram. Se o hospital medieval é um lugar onde a diferença é excluída, no hospital psiquiátrico essa diferença é entendida como um objeto de “normalização”. Não se trata mais só de excluir os diferentes e deixá-los morrer, mas de torná-los “normais”. A forma-manicômio, portanto, não é uma forma de “cuidar” ou de “acolher” o sofrimento psíquico, mas de fazer com que os “anormais” se tornem “normais”, ignorando toda a sua diferença.

No Brasil, antes mesmo da psiquiatria se consolidar, os primeiros hospitais psiquiátricos surgiam - alguns deles ficaram abertos até pouco tempo! Esses hospitais foram surgindo principalmente nas capitais, no século XIX, conforme ideais higienistas eram importados da Europa. Os hospitais não foram construídos com o propósito de ajudar quem estava sofrendo com emoções difíceis de lidar, vozes que outras pessoas não ouviam, ou dificuldades em socializar;

esses hospitais tinham como principal objetivo retirar as pessoas ditas "loucas" da cidade e isolá-las onde não podiam "causar problemas". Com o tempo, foram sendo propostas novas formas de tratar essas pessoas, mas não de *cuidar* delas.

Muita gente conhece as histórias de horror de como as pessoas eram tratadas no manicômio: o eletrochoque como forma de tortura, pessoas abandonadas em pátios, sem nada pra fazer… Mas até mesmo na ausência de torturas físicas, o manicômio é terrível. O sociólogo canadense Erving Gofmann aponta isso em um livro já clássico, *Manicômios, Conventos e Prisões,* em que argumenta que as práticas desumanizantes dos hospitais psiquiátricos são condição de existência deles. Para administrar a vida de muitas pessoas ao mesmo tempo, é preciso tirar dessas pessoas tudo o que lhes constrói dignidade, individualidade, e um senso de "eu": todo mundo tem que acordar na mesma hora, comer na mesma hora (sem escolha de cardápio), dormir na mesma hora, e fazer as atividades na mesma hora. Pessoas loucas internadas em hospitais psiquiátricos não tem direito a nada que marque sua identidade, quem acreditam ser: não tem comida favorita ou que não gostam (comem o que todos comem), não tem lazer preferido (fazem o que todos fazem), não tem marcas de identidade na forma de vestimentas (vestem o uniforme do hospital). Para muitas pessoas lidas como loucas, suas identidades já estão fragilizadas por causa de seu sofrimento, e passar por isso tudo pode destruir o pouco que resta!

No Brasil, existe uma lei, aprovada em 2001, que prevê o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a criação de serviços substitutivos. Essa lei foi resultado das vitórias da *luta antimanicomial*, um movimento social gestado por profissionais de saúde mental, usuários de serviços, e famílias. Esse fechamento deve ser acompanhado por um movimento chamado de *desinstitucionalização*, o que significa não somente a desospitalização (ou seja, o fechamento dos hospitais psiquiátricos), mas também o deslocamento completo da atenção em saúde mental para serviços substitutivos integrados à rede de saúde mais ampla. Esses serviços precisam ser territoriais - isso é, localizados nos bairros e comunidades

onde as pessoas vivem, e espalhados para fora dos locais-sede do serviço. Um exemplo disso são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são localizados nos bairros, e os Serviços Residenciais Terapêuticos, que são moradias inseridas na comunidade e que são dedicadas a abrigar e cuidar de pessoas diagnosticadas com transtornos mentais que não são aceitas por suas famílias.

Em seu limite, o processo de desinstitucionalização é, como apontam Ana Karenina de Melo Mendes Amorim e Magda Dimenstein, uma “desconstrução de saberes e práticas psiquiátricas, [...] caracterizada pela crítica epistemológica ao saber médico psiquiátrico, na qual o sentido de cidadania ultrapassa o do valor universal para colocar em questão o próprio conceito de doença mental que determina limites aos direitos dos cidadãos”. Por isso, falamos em *forma-manicômio*, e não somente em hospital psiquiátrico. É perfeitamente possível, nesse sentido, atualizar a forma-manicômio em um CAPS: toda vez que um serviço homogeniza os usuários, ocorre somente em suas paredes, e segmenta o cuidado em diferentes especialidades separadamente, a forma-manicômio é atualizada. Toda vez que usuários e usuárias se tornam permanentemente alvo de cuidado de um serviço, a forma-manicômio é atualizada.

No Brasil, também observamos o fenômeno das *comunidades terapêuticas* (CTs), entidades não-governamentais normalmente associadas a igrejas e que são voltadas para a internação de usuários de álcool e outras drogas. Nesses espaços, além da separação quase total das pessoas internadas e do resto da sociedade, também se questiona o modo de “cuidado”: na esmagadora maioria dos casos, as CTs se limitam ao que é chamado de “laborterapia”, o trabalho na própria CT e fora dela, muitas vezes de maneira não-remunerada, e à “espiritualidade”, na maior parte das vezes na forma de rituais e práticas de matriz cristã. Em muitas CTs, verifica-se o aumento da carga de trabalho em laborterapia como punição para alguma transgressão, o que denuncia o seu caráter punitivo, e não de cuidado. Assim, muitos críticos das CTs as definem como *manicômios modernos*.

A entrevista de **Paulo Amarante** apresenta um panorama da luta

antimanicomial no Brasil, e como produziu a tentativa de enfrentar a forma-manicômio onde quer que aparecesse.

O artigo de **Manoel Olavo Loureiro Teixeira** apresenta a narrativa do mito de fundação dos manicômios, a criação do modelo asilar a partir da abolição de práticas de aprisionamento e tortura. O artigo é interessante por articular que a gestão da diferença operada pela forma-manicômio não se limita ao aprisionamento e à tortura, mas até mesmo os dispositivos de liberdade podem fazer atualizar a forma-manicômio.

Isso pode ser visto também no artigo de **Valquiria Farias Bezerra Barbosa** e colaboradores. Essa artigo utiliza dos conceitos de *biopolítica* e *biopoder*, enunciados por Michel Foucault, para fazer uma análise crítica dos dispositivos substitutivos dos hospitais psiquiátricos, e como eles podem atualizar a forma-manicômio como dispositivo de gestão da diferença.

Leituras

Texto principal

“Amarante: ‘É a cultura que faz pessoas demandarem manicômio, exclusão, limitação’”.

https://portal.fiocruz.br/noticia/amarante-e-cultura-que-faz-pessoas-demandarem-manicomio-exclusao-limitacao

Textos secundários

Manoel Olavo Loureiro Teixeira, **“Pinel e o nascimento do alienismo”**.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000200012

Valquiria Farias Bezerra Barbosa, Fernanda Martinhago, Ângela Maria da Silva Hoepfner, Patrícia Kozuchovski Daré, e Sandra Noemi Cucurullo de Caponi, **“O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica”**.

https://www.scielosp.org/article/sdeb/2016.v40n108/178-189/

Para assistir e ouvir

Helvécio Ratton, **"Em nome da razão"**

https://www.youtube.com/watch?v=cvjyjwI4G9c

Fernanda Prado, Marcelo Fiorini e Mateus Fiorini, **"Bárbaras cenas"**

https://libreflix.org/i/barbaras-cenas

Debate de lançamento do livro "Diabo e Fluoxetina: Pentecostalismo e psiquiatria"

https://www.youtube.com/watch?v=4aku84x74yE

Rádio Colibri **"Manicômios, desinstitucionalização, e alternativas comunitárias"**

https://radiocolibricast.wordpress.com/2022/04/25/radio-colibri-07-manicomios-desinstitucionalizacao-e-alternativas-comunitarias-part-ana-terra-de-leon-lucio-costa-e-isabella-almeida/

Rádio Colibri, **"Dia da Luta Antimanicomial"**

https://radiocolibricast.wordpress.com/2022/05/23/radio-colibri-09-dia-da-luta-antimanicomial-part-wagner-caldeira-thais-cermelli-marilda-couto-andreia-oliveira-juliana-camara-thais-lasevicius/

Rádio Colibri, **"As comunidades terapêuticas na gestão flexível do sofrimento"**

https://radiocolibricast.wordpress.com/2022/06/06/radio-colibri-10-as-comunidades-terapeuticas-na-gestao-flexivel-do-sofrimento/

Rádio Colibri, **"História dos manicômios"**

https://radiocolibricast.wordpress.com/2022/11/07/radio-colibri-15-historia-dos-manicomios-com-ana-terra-de-leon/

Podcast Caraminholas, **"Desabafo: O fio de uma narrativa de resistência (Parte 1)"**

https://open.spotify.com/episode/7d1QU7MElaB4qPWXtuuSaf

Podcast Caraminholas, **"Desabafo: O fio de uma narrativa de resistência (Parte 2)"**

https://open.spotify.com/episode/215qVjWOASBn1AivpJL2ne

Perguntas para reflexão

1. Depois de ler a entrevista de Paulo Amarante, reflita sobre como o processo de superação do modelo assistencial

hospitalar asilar manicomial não necessariamente significa superação da forma-manicômio.

2. A partir dos documentários recomendados, ou talvez do debate entre Mariana Côrtes, Paulo Arantes, e Gabriel Feltran, de que forma, na sua opinião, os tratamentos propostos no modelo manicomial ou nos CAPS são informados por um entendimento sistêmico ou social da loucura?
3. Pense sobre as diferentes formas de tratamento que foram propostas na forma-manicômio, do hospital psiquiátrico pineliano aos serviços abertos. O que elas têm em comum? O que elas dizem sobre como a psiquiatria pensa sobre o sofrimento psicológico?

Unidade 4: Medicalização, farmaceuticalização, e individualização do sofrimento.

"Entre nós, o desviante, como aquele que se encontra fora da norma ou no limite dela, é mantido dentro da ideologia médica ou da judiciária, as quais conseguem contê-lo, explicá-lo e controlá-lo. O pressuposto, aqui implícito, de que se trata de personalidades originariamente abnormes permite a absorção destas no terreno médico ou penal, sem que o desvio – como recusa concreta a valores relativos, propostos e definidos como absolutos e imodificáveis – comprometa a validade da norma e dos seus limites". –Franco Basaglia, "A maioria desviante"

Foto por Tima Miroshnichenko no Pexels.

A relação entre opressão e individualização do sofrimento, combinada com a hegemonia da *psiquiatria biológica* na saúde mental – uma forma de encarar o sofrimento que não o considera como uma resposta compreensível às dificuldades da vida e às opressões a que somos submetidos, mas como uma *doença do cérebro* –, culminou em um foco excessivo no tratamento por remédios. Os textos dessa unidade têm como objetivo apresentar uma perspectiva crítica sobre a psicofarmacologia, pensando a medicalização da vida, a psicofarmacologia cosmética, e os

problemas da autonomia na medicação.

O conceito de medicalização não implica, necessariamente, em *tratar com remédios.* "Medicalização" significa "tratar questões não-médicas, principalmente de ordem social, como se fossem um problema médico". Existem muitos exemplos na história da medicina: Em 1799, Luiz António de Oliveira Mendes apresentou, na Academia Real de Ciências de Lisboa, um estudo sobre "as doenças agudas e crônicas que mais frequentemente acometem os pretos recém-tirados da África". O banzo – uma palavra de etimologia possivelmente nos idiomas Kongo ou Kimbundu, onde significaria "meditar" ou "pensar", e passou a ser entendida como a saudade da África – constava entre elas. Em 1851, o médico americano Samuel Cartwright cunhou o termo "drapetomania" para diagnosticar uma tendência das pessoas escravizadas a tentarem escapar de suas *plantations*.

A *farmaceuticalização*, por outro lado, é um conceito que se refere ao processo pelo qual condições sociais, comportamentais, ou corporais são tratadas como se estivessem em necessidade de tratamento com medicamentos, sejam eles escolhidos e receitados por médicos, sejam eles escolhidos e consumidos por pacientes. A farmaceuticalização pode acontecer sem a expansão da medicalização, porque o uso de algumas drogas pode crescer para tratar condições já existentes na literatura médica – o que significa que nenhuma *nova* transformação de um problema não-médico em um problema médico ocorre. Além disso, a farmaceuticalização também pode acontecer sem a medicalização porque os médicos podem ser excluídos da seleção, compra, e uso de medicamentos por indivíduos que se auto-medicam. Essa diferença entre medicalização e farmaceuticalização surgiu a partir da emergência de um aparato de poder *farmacológico* – diferentemente do poder médico, que é a base da medicalização – que faz uso de uma gama de novas tecnologias para criar uma "farmaceuticalização da vida doméstica".

Essas duas coisas – medicalização e farmaceuticalização – andam de mãos dadas na psiquiatria hegemônica. Por exemplo, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) vêm realizando campanhas para "diminuir o estigma das doenças mentais" [sic.],

introduzindo o termo “psicofobia” para falar sobre o “preconceito contra portadores de doenças mentais”. As próprias revistas da ABP, muitas vezes distribuídas para psiquiatras, continham anúncios de medicamentos, confundindo a literatura científica com a publicidade. Isso é analisado no artigo de **Patrícia de Carvalho Mastroianni**, **José Carlos Fernandez Galduróz**, e **Elisaldo Araújo Carlini**, que é relativamente antigo (é de 2003), mas analisa criticamente a publicidade nos periódicos científicos de psiquiatria.

As campanhas contra a “psicofobia” são acompanhadas pelo crescimento da ansiedade e da depressão como “diagnósticos *pop*”, através das quais produzimos certas identificações com diagnósticos; nesse fenômeno, nos auto-identificamos com explicações psiquiátricas e farmacológicas sobre nós mesmos. Esses dois exemplos – campanhas contra a psicofobia, e aumento dos diagnósticos – indica não só o sucesso das campanhas publicitárias da indústria farmacêutica, mas também que esses rótulos e identificações satisfazem a algum tipo de necessidade. O texto principal, uma entrevista com **Joanna Moncrieff**, apresenta algumas dessas questões.

Também é fundamental compreender como a medicalização e a farmaceuticalização se cruzam com as formas de identificar-se como sujeitos e falar sobre si. Conforme a indústria farmacêutica global busca expandir seu mercado para o chamado “Sul Global”, que inclui o Brasil, novos mercados consumidores precisaram ser criados. O mercado publicitário costuma criar novos mercados convencendo as pessoas de que elas precisam de algo, desejam algo, ou poderiam ter suas vidas mais completas com algum produto. No caso dos medicamentos, é necessário que os futuros consumidores vejam o seu sofrimento como causado por algum tipo de doença ou desequilíbrio de base biológica, uma crença que não é compartilhada por todas as culturas humanas. Assim, a farmaceuticalização da saúde mental também é acompanhada da produção de novos tipos de pessoas, e pela substituição das formas anteriores de explicação sobre o sofrimento psicológico por explicações biológicas. É isso que **João Biehl** apresenta em seu texto, e que também aparece na ideia de “sujeito cerebral” do texto de **Rafaela Zorzanelli** e **Francisco Ortega**.

É fundamental entender que, ao falarmos criticamente da medicalização e da farmaceuticalização, não se trata de afirmar que *todo* uso de medicamentos é ruim. Para muitas pessoas, o uso de medicamentos para lidar com respostas às ameaças é fundamental. Entretanto, o que sugerimos é que os medicamentos facilitam tipos específicos de entendimento de si mesmo que não seriam possíveis sem elas, e que essas identidades nem sempre são empoderadoras. Uma estratégia utilizada para analisar essas questões e modificar nossos próprios usos é a chamada **gestão autônoma de medicação (GAM)**, um processo de aprendizado (normalmente grupal) que questiona, de forma respeitosa e participativa, "suas necessidades e vontades em relação aos medicamentos que utiliza". O Guia GAM foi produzido a partir de metodologias participativas entre pesquisadores, trabalhadores, e usuários de serviços públicos de saúde mental, para ajudar grupos a alcançarem esses objetivos.

Leituras

Texto principal

Uma entrevista inédita com Joanna Moncrieff

https://madinbrasil.org/2021/10/entrevista-inedita-com-a-dra-joanna-moncrieff/

Textos secundários

Patrícia de Carvalho Mastroianni, José Carlos Fernandez Galduróz, e Elisaldo Araújo Carlini, **"Influência da legislação sobre as propagandas de medicamentos psicoativos no Brasil"**.

https://www.scielo.br/j/rbp/a/bLNxhTbqVxrwqpTg9m9x47H/abstract/?lang=pt&format=html

João Biehl, **"Antropologia do devir: psicofármacos – abandono social – desejo"**

https://www.revistas.usp.br/ra/article/download/27285/29057

Rafaela Zorzanelli e Francisco Ortega, **"Cultura somática, neurociências e subjetividade contemporânea"**.

https://www.scielo.br/j/psoc/a/xZ36Gqh3f4mZMXpJHYVftdd/abstract/?lang=pt

Guia da Gestão Autônoma de Medicação.

https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_para_dowload_com_correcoes.pdf

Para assistir e ouvir

Sasha Durakov, álbum: **American Pharmaceutical Advertisements**.

https://www.flickr.com/photos/belliresearch/albums/72157694664310455

Podcast ELSA-Brasil: **"Saúde mental e medicalização"**.

https://www.youtube.com/watch?v=UcaIzDj-eFc

Rádio Colibri #13: **"Setembro Amarelo: Medicalização e individualização de um problema de saúde pública, com Flávia Albuquerque"**

https://radiocolibricast.wordpress.com/2022/09/26/radio-colibri-13-setembro-amarelo-medicalizacao-e-individualizacao-de-um-problema-de-saude-publica-com-flavia-albuquerque/

Rádio Colibri #20: **"Medicalização, farmaceuticalização, biomedicalização…"**

https://radiocolibricast.wordpress.com/2023/03/06/radio-colibri-20-medicalizacao-farmaceuticalizacao-biomedicalizacao/

Perguntas para reflexão

1. Após ler a entrevista com Joanna Moncrieff, ouvir o podcast ELSA-Brasil, ou ler o artigo de João Biehl, que necessidades você imagina que estão sendo satisfeitas pela medicalização e pela farmaceuticalização?
2. Após ver alguns anúncios americanos sobre psicofármacos no álbum de Sasha Durakov, e ler o artigo de Patrícia Mastroianni, o que você pensa sobre a forma como as pessoas que tomam medicamentos psiquiátricos são representadas nos anúncios? O que você entendeu sobre a qualidade das informações dos anúncios brasileiros voltados para psiquiatras?
3. A partir de suas reflexões, que "formas" de "ser uma pessoa" são permitidas por um tratamento medicalizado? Que tipos de entendimento do que é

ser humano, ou da nossa individualidade, ou do que é saúde e o que é doença, são permitidos pela farmaceuticalização? Que relação você vê entre esses tipos de entendimento e o “sujeito cerebral”?

Unidade 5: Luta antimanicomial: Avanços e lutas

"Por uma sociedade sem manicômios – significa um rumo para o movimento discutir a questão da loucura para além do limite assistencial. Concretiza a criação de uma utopia que pode demarcar um campo para a crítica das propostas assistenciais em voga. Coloca-nos diante das questões teóricas e políticas suscitadas pela loucura" — Movimento dos Trabalhadores, II Congresso Nacional

Essa unidade lida basicamente com as alternativas propostas por profissionais de saúde mental (psiquiatras, psicólogos/as, psicoterapeutas, equipe de enfermagem, terapeutas ocupacionais, etc.). Abordamos muitas dessas alternativas em unidades anteriores, como forma de contrastar possibilidades – mas essa unidade foca em teorias, modelos, abordagens, e perspectivas críticas e relacionais. Muitas dessas alternativas foram construídas na história da luta antimanicomial brasileira, influenciada pela psiquiatria democrática de Franco Basaglia, pela análise institucional de Félix Guattari, e pela antipsiquiatria de R. D. Laing e Thomas Szasz. Outras são alternativas construídas mais recentemente, a partir de experiências produzidas em diversos lugares do mundo.

No Brasil, a assistência em saúde mental foi inicialmente implementada pelo Estado. Após o golpe de Estado no Brasil em 1964 (golpe militar), o sistema de saúde passou por significativas transformações e a área da saúde mental passou a ser gerida quase integralmente por empresas

privadas. Na época da ditadura militar brasileira, os leitos psiquiátricos privados saltaram de 14 mil para mais de 70 mil, e os investimentos públicos na saúde foram cortados. A medicalização, discutida nas unidades anteriores, era o modelo básico de intervenção e atendimento, de tal forma que o elevado índice de internações e o poder centralizador do hospital psiquiátrico passaram a ser consideradas as causas fundamentais das condições desumanas a que eram submetidos os pacientes.

Na década de 1970, no Brasil, se cristalizaram os esforços de muitos movimentos sociais em torno do que hoje é chamado *luta antimanicomial.* Inicialmente, esses eram movimentos ligados à saúde, e denunciavam abusos cometidos nas instituições psiquiátricas. Os dois principais movimentos que se aglutinaram e estimularam a criação de novas formas de deserção foram o Movimento Sanitarista e o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Os esforços desses grupos culminaram em um encontro realizado na cidade de Bauru (SP) em 18 de Maio de 1987. Esse Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental consolidou as bases para a luta antimanicomial, e permitiu que, em 2001, fosse sancionada a Lei Paulo Delgado (Lei da Reforma Psiquiátrica). Essa lei propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país; entretanto, a lei aprovada é um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes e aperfeiçoamentos no texto normativo. A Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

O texto principal dessa unidade apresenta a **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)** como é organizada no Brasil hoje. A RAPS é composta por pontos de atenção espalhados no território, focados em diferentes aspectos da atenção à saúde mental. Talvez você conheça algum desses pontos: você já foi a algum CAPS? Já passou por um leito de atenção integral em hospital ou em um CAPS?

Muitas pessoas que participaram da construção da luta antimanicomial

antes da promulgação da lei da reforma psiquiátrica apontam o caráter de luta coletiva do movimento. Foram muitas mobilizações para a construção de alternativas ao modelo manicomial, e parte dessas mobilizações perde a força a partir da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica. Isso levou alguns trabalhadores a reivindicar uma "micropolítica do trabalho vivo" em saúde mental, sustentada na prática de suspensão de verdades e sustentação da dúvida, na escuta das diferentes ideias, e na seleção de alternativas que tinham como baliza o cuidado em liberdade. O artigo de **Simone Alves de Almeida** e **Emerson Elias Merhy** apresenta essa proposta no contexto do trabalho em saúde mental. Esse artigo é voltado principalmente para trabalhadores da saúde mental, mas usuários de serviços podem se beneficiar bastante em conhecer essa dinâmica interna e pensar em como a horizontalidade (ausência de hierarquia) entre usuários e trabalhadores é fundamental para essa micropolítica do trabalho vivo.

O texto de **Sammi Timimi** apresenta diversas ideias contemporâneas para avançar a defesa da saúde mental, da liberdade e autonomia das pessoas em sofrimento psíquico, e de uma vida digna com essas pessoas. O texto apresenta alguns dos desafios atuais para mudar o paradigma dominante da saúde mental no mundo todo.

Leituras

Texto principal

Pablo Valente, **"Conheça como é composta a RAPS: Rede Atenção Psicossocial"**.

https://blog.cenatcursos.com.br/conheca-raps-rede-atencao-psicossocial/

Textos secundários

Simone Alves de Almeida e Emerson Elias Merhy, **"Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: composição por uma ética antimanicomial em ato"**

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000100006

Sami Timimi, **"A Mudança de Paradigma é Inevitável"**

https://madinbrasil.org/2021/04/medicina-insana-capitulo-10-a-mudanca-de-paradigma-e-inevitavel/

Para assistir e ouvir

Centro Educacional Novas Abordagens Terapêuticas, **"Alternativas à medicalização na saúde mental!"**

https://www.youtube.com/watch?v=VNWkLLdarpY

Fiocruz, **"Reforma Psiquiátrica Brasileira e seus desafios atuais"**

https://www.youtube.com/watch?v=n5Mild5XSBQ

Perguntas para reflexão

1. Você acredita que há alguma linha de pensamento central na luta antimanicomial? Por que você acha que esse movimento social surgiu na década de 1970 no Brasil?
2. Quais limitações você imagina (ou vivencia) na Política Nacional de Saúde Mental, como estruturada na RAPS? Quais são as forças e potências de uma atuação em rede e no território? Quais dificuldades podem aparecer na prática?
3. Em relação à sua experiência atual (seja diretamente na RAPS, seja em clínicas e hospitais privados, como usuário de serviço ou como parente), quais tendências atuais apresentadas no texto de

Timimi são mais diferentes do que você vivencia? Como essas tendências ou a proposta da RAPS diferem da sua concepção de atenção em saúde mental?

Unidade 6: Pensar e viver como loucos

"Louco, adj. Dizemos isso de quem parece afetado por um elevado nível de independência intelectual; aquele que não se adequa às regras do pensamento, do discurso, e da ação que resultam do estudo por observação dos que se conformam relativamente a si mesmos; aquele que não concorda com a maioria; em suma de tudo o que é raro" - *Ambrose Bierce*

As unidades anteriores trataram essencialmente de uma perspectiva "externa" da saúde mental e da loucura, seja pelo modelo biomédico, seja por outros modelos. Nas unidades 4 e 5, começamos a construir uma concepção crítica de "participação social" das pessoas com diagnósticos, tanto na luta antimanicomial e construção de modelos de atenção e cuidado quanto nas formas de apoio mútuo.

Algumas pessoas diagnosticadas com alguma forma de sofrimento psicólogico demandam mais atenção a práticas de cuidado informadas pelas pesquisas sobre trauma; outras pessoas reivindicam a abolição de alguns rótulos da psiquiatria; outros ainda exigem um modelo de atenção que não se baseie nas categorias da psiquiatria e em seus manuais, como o DSM e o CID; algumas pessoas buscam alternativa fora das instituições de saúde mental, como residências de crise e *peer respites*; e

existem aquelas pessoas que propõe criar novas formas de diagnóstico formadas em colaboração com pessoas com experiência vivida, como forma de redução de danos. Todas essas demandas entram em choque com campanhas que dizem que lutar por saúde mental significa somente "reduzir o estigma" sobre o que é essencialmente um diagnóstico médico - por exemplo, as campanhas sobre "psicofobia". Muitas pessoas diagnosticadas como "loucas" (ou que enxergam a si mesmas como loucas) não desejam qualquer tipo de relacionamento (positivo ou negativo) com o modelo médico, e vêem a loucura como um processo normal; outras pessoas querem mais controle social, participando ativamente na construção das políticas de saúde mental em seu município e em seu próprio tratamento. Dizer a essas pessoas que elas precisam "falar sobre isso" é negar a elas a potência de agir de maneira a definir sua própria experiência, e acaba sendo uma forma de violência reducionista.

Na pesquisa científica, o termo "experiência vivida" se refere à representação das experiências, vivências, e escolhas de uma pessoa e ao conhecimento que é adquirido por essa pessoa e por outras a partir dessa experiência. Nesse campo de pesquisa, as experiências vividas são o objeto principal da pesquisa, mas o objetivo não é compreender as experiências dos indivíduos como fato, mas como significados construídos individual e coletivamente a partir dessas experiências. A experiência vivida não está relacionada com a reflexão sobre a experiência enquanto ela acontece, mas com as memórias e reminiscências da experiência - isso é, a *reflexão* sobre a experiência depois que se a viveu.

O termo é usado no campo da saúde mental para referendar a pessoa que está/esteve em sofrimento psicológico como *expert* em sua vivência. A ideia é que as pessoas que não passaram por aquela experiência podem ter um conhecimento de natureza *diversa* em relação à experiência vivida: através de livros, estudos, e experiência profissional, mas não através da *experiência vivida* da loucura. "Diverso" não significa melhor nem pior, apenas *diferente*. Assim, a experiência vivida da loucura produz um tipo de *expertise* que pode ser tão importante quanto o conhecimento dos profissionais de saúde mental na hora

de definir tratamentos, atenção e cuidado.

O texto de **Andreza Silva dos Santos** apresenta, na forma de um roteiro de documentário, um pouco da história dos movimentos de sobreviventes / ex-pacientes / consumidores como se estruturou nos Estados Unidos. É um texto interessante para pensar os princípios que organizam e atravessam esses movimentos de valorização da experiência vivida da loucura, bem como as diferenças com a forma como esses movimentos foram construídos na ausência de uma luta antimanicomial.

O texto de **Javier Rizo** resume um artigo sobre as vivências e discursos de sobreviventes da psiquiatria que trabalham como psicoterapeutas, conselheiros, e mediadores de grupos. O texto ressalta como a experiência vivida da loucura produz uma visão "interna" bastante diferente da visão "externa" do técnico da saúde mental, ressaltando como profissionais de saúde mental e sobreviventes da psiquiatria podem integrar a sua experiência de lutas e tratamentos de saúde mental no seu trabalho dentro e fora do sistema de saúde mental.

No material “Primeiros Socorros em Saúde Mental”, é possível encontrar informações sobre crise em saúde mental e seu manejo, aprofundando sobre os primeiros socorros em saúde mental, recomendações baseada em evidências, intervenções com a família e comunidades, e outros tópicos importantes para ajudar quem está vivenciando uma crise. A "crise" é um fenômeno complexo, e ferramentas como essa podem ajudar sobreviventes e, ex-pacientes, consumidores, e usuários de serviços a pensar suas próprias estratégias para lidar com a crise.

Leituras

Texto principal

Andreza Silva dos Santos, **"Um roteiro virtual sobre ativismo biossocial e biodeserção no Movimento dos Consumidores/ Ex-pacientes/Sobreviventes da Psiquiatria"**

https://www.scielo.br/j/icse/a/tTt8HBzB3DM8wLRNFrVrzNh/?lang=pt

Textos secundários

Javier Rizo, **"Sobreviventes Psiquiátricos enquanto Terapeutas Falam de Suas Dificuldades"**

https://madinbrasil.org/2021/07/sobreviventes-psiquiatricos-enquanto-terapeutas-falam-de-suas-dificuldades/

Kelly Giacchero Vedana, **"Primeiros socorros em saúde mental"**

https://inspiracao-leps.com.br/cartilhas-e-e-books/primeiros-socorros-em-saude-mental-3/

Para assistir e ouvir

“Experiência dos sobreviventes da psiquiatra”

https://www.youtube.com/watch?v=8oBYx2sik4w

Akiko Hart (Inglaterra) || Entendendo o conceito de Recovery e a "recuperação autônoma"

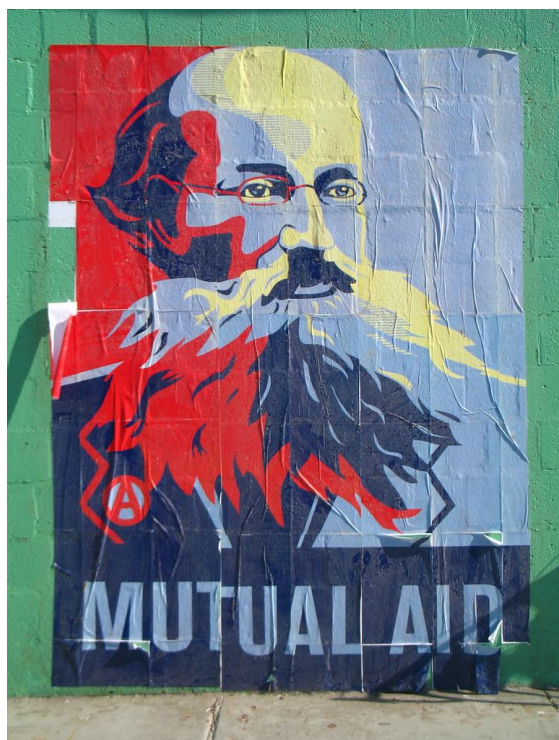
https://www.youtube.com/watch?v=E-2MBmULpeM

Perguntas para reflexão

1. Por que você acha que é importante que as pessoas diagnosticadas com algum sofrimento psíquico, sobreviventes psiquiátricos, e usuários de serviços contem suas próprias histórias? De que forma as narrativas e memórias dessas pessoas podem ser entendidas como uma questão *política* na medicina e na saúde mental?
2. Que termo você considera mais adequado para descrever a sua situação (ou a de algum conhecido ou familiar que esteja ou tenha passado por tratamentos para saúde mental)? Sobrevivente? Usuário? Cliente? Quais são as implicações de usar cada um desses termos?

3. Por que você acha que é importante incluir usuários no planejamento das intervenções e dos serviços de saúde mental? A partir da leitura dos diferentes textos propostos, que tipos de estratégias você consegue pensar?

Unidade 7: Apoio mútuo

“Eu não acredito em caridade, eu acredito em solidariedade. Caridade é tão vertical: vai de cima pra baixo. Solidariedade é horizontal: respeita a outra pessoa e aprende com o outro. A maioria de nós tem muito o que aprender com as outras pessoas” -Eduardo Galeano

Enquanto a unidade anterior tratou do movimento *histórico* da luta antimanicomial, suas conquistas, e suas limitações, essa unidade se focou principalmente no *apoio mútuo* entre usuários de serviços, sobreviventes da psiquiatria, e outras pessoas lidas como loucas. Essa unidade (e a próxima) também irá privilegiar as experiências concretas das pessoas loucas enquanto pessoas que recebem cuidado, e portanto o conhecimento "técnico" envolvido é menor.

O termo “apoio mútuo” tem uma longa história nas lutas dos trabalhadores. Apoio mútuo ou ajuda mútua, nas teorias da organização da luta dos trabalhadores, indica a troca voluntária e recíproca de recursos e serviços para o benefício mútuo, através da entreajuda. Outro termo para descrever essa forma de se relacionar é *solidariedade*, uma palavra que foi, em certo sentido, capturada por grupos que não estão realmente interessados na cooperação entre iguais, mas em manter o poder sobre o outro sob o disfarce da “caridade”.

O geógrafo anarquista Pyotr Kropotkin escreveu, no início do século XX, um

texto chamado “Apoio mútuo: Um fator de evolução” em que mostra como a cooperação é uma característica importante de diversas espécies de animais não-humanos, e que é sem dúvida tão antiga quanto a cultura humana. Desde o alvorecer da humanidade, antes mesmo da invenção da agricultura, os humanos trocavam trabalho e recursos para o benefício de indivíduos e grupos parecidos. As sociedades comunais do passado, bem como vários povos indígenas que atualmente sobrevivem na sociedade contemporânea, não se organizavam de maneira individualista em que os indivíduos estavam em competição uns contra os outros, mas em cooperação ativa entre si.

A partir da luta dos trabalhadores no século XIX, a ideia de *apoio mútuo* foi desenvolvida e avançada por sistemas de mutualismo e seguros de trabalho, guildas de comércio, cooperativas, e outros movimentos.

Na saúde mental, a ideia de grupos de apoio mútuo é uma consequência da história de luta. Se levarmos a sério as perspectivas apresentadas nas unidades anteriores, percebemos que uma saúde mental que seja de fato antimanicomial e que respeite as vozes das pessoas com algum diagnóstico implica também em estimular a criação de grupos de apoio mútuo *entre* usuários de serviços e/ou pessoas diagnósticadas.

Apoio mútuo é um termo que quer dizer o intercâmbio recíproco de recursos e ações de ajuda para o benefício mútuo daqueles envolvidos no processo. É, portanto, uma forma de participação política na qual as pessoas assumem a responsabilidade por cuidar umas das outras sem intermediários, sem algum profissional ditando os rumos da mudança. Isso não significa que profissionais de saúde não possam participar de grupos de apoio mútuo e até mesmo propor atividades ou mediar as discussões do grupo de vez em quando; mas o *protagonismo* de um grupo de apoio mútuo é sempre dos participantes, sem hierarquias de formação.

O apoio mútuo é uma prática multiplicadora que se sustenta quando busca:

- Despertar a autonomia das pessoas, a confiança em seu potencial coletivo, ajudando-as a construir as capacidades de que necessitam para resolver

suas demandas e as de seus aliados;

- Anunciar a autonomia, a liberdade, e o apoio mútuo como opostos à ganância, à competição, e à exploração capitalista, ao poder e à dominação;
- Canalizar a rebeldia popular contra a injustiça e pré-figurar, na própria ação de apoio mútuo, uma sociedade livre, em que a produção e a reprodução sociais sejam orientadas pela lógica da dádiva, do jogo, e do amor;
- Transformar a realidade das pessoas envolvidas no apoio mútuo, com conquistas em todos os campos e dimensões da vida.

Uma consequência fundamental da ideia de que o apoio mútuo deve ter potencial transformador é que apoio mútuo significa criar um compromisso de longo prazo com a comunidade. O apoio mútuo é baseado no controle pela comunidade, com os indivíduos ajudando uns aos outros a se libertar da opressão do capitalismo e da autoridade. Apesar da caridade e do realocamento temporário de recursos serem aspectos importantes do apoio mútuo em momentos de emergência, não é algo central ao método. Para tomar emprestada uma metáfora já bem gasta, apoio mútuo não é só dar o peixe, mas também ensinar a pescar e, eventualmente, a imaginar novos mundos.

A cartilha “Ajuda e suporte mútuos em saúde mental – Para os participantes de grupos”, criada pelo **Projeto Transversões**, é o texto principal e fundamental para essa unidade. Ele apresenta estratégias e ferramentas para iniciar grupos de apoio mútuo. Ali, você encontrará desde informações sobre o funcionamento básico dos grupos até sugestões de temas para discutir nos encontros do grupo.

O manual “Loucura e opressão. Caminhos para a transformação pessoal e para a libertação coletiva” foi criado pelo **Icarus Project** e traduzido pela nossa equipe. Ele apresenta a metodologia dos Mapas Loucos, uma estratégia para ajudar grupos de apoio mútuo a entender as formas de sofrimento de seus membros e como essas formas se relacionam com o poder e a opressão.

O texto de **Matheus Iotti** apresenta algumas das principais recomendações da Organização Mundial da Saúde relacionadas ao apoio mútuo. O texto têm foco mais institucional, apresentando centros comunitários de saúde mental e serviços de saúde mental no apoio de pares.

Finalmente, o texto de **Octavio Domon Serpa Jr.** e colegas é um relato de experiência de grupos de apoio mútuo no contexto de *recovery* e da participação de usuários de serviços de saúde mental em atividades na universidade.

Leituras

Texto principal

Projeto Transversões, **“Cartilha: Ajuda e suporte mútuos em saúde mental – Para os participantes de grupos”**

https://www.ufmg.br/saudemental/wp-content/uploads/2020/01/Cartilha-ajuda-e-suporte-m%C3%BAtuos-em-sa%C3%BAde-mental.pdf

Textos secundários

The Icarus Project / Rádio Colibri, **“Loucura e opressão. Caminhos para a transformação pessoal e para a libertação coletiva”**

https://archive.org/details/madmaps/page/2/mode/2up

Matheus Iotti, “OMS – Serviços de saúde mental focados no apoio de pares”

https://blog.cenatcursos.com.br/oms-servicos-de-saude-mental/

Octavio Domont Serpa Jr., Nuria Malajovich Muñoz, Berlene Andrade de Lima, Elizabeth Sabino dos Santos, Erotildes Maria Leal, Luiz Alves da Silva, Luiz Eduardo Mendonça de Souza, Maria Aparecida Lopes Nascimento, Nadia Soliz Souza, Orlando Vinicius Dias Mara de Barros, & Pedro Gabriel Godinho Delgado, **“Relatos de experiências em**

recovery: Usuários como tutores, familiares como cuidadores/pesquisadores, e efeitos dessas práticas em docentes e pesquisadores da saúde mental”

https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/download/69549/41670/0

Para assistir e ouvir

Grupo Comunitário de Saúde Mental
https://www.youtube.com/watch?v=Ki5Y2SMr-0k

Perguntas para reflexão

1. A partir da leitura do texto principal, você acredita que grupos de apoio mútuo podem existir dentro de serviços de saúde mental, como um Centro de Atenção Psicossocial? Para você, qual seria o papel do profissional de saúde mental nesses grupos?
2. A Cartilha de Ajuda e Suporte Mútuo em Saúde Mental sugere alguns temas que podem ser discutidos em um grupo de apoio mútuo. Como você acha que esses temas podem ser incorporados em uma discussão do mapeamento proposto no manual “Loucura e opressão”?

Unidade 8: Orgulho Louco

“A própria noção de ‘doença mental’ é a expressão desse esforço condenado de início. O que se chama ‘doença mental’ é apenas loucura alienada, alienada nesta psicologia que ela própria tornou possível”. –Michel Foucault, “Doença mental e psicologia”

Nesta última unidade, retornamos às vozes das pessoas loucas, mas agora com os olhos voltados para fora – para as relações que é possível estabelecer com o mundo e com as outras pessoas a partir das perspectivas da saúde mental. Como podemos avançar a luta antimanicomial para além da oferta de serviços e novas práticas? Além do trauma e do sofrimento, o que mais compartilhamos e temos em comum? Como movimentos de usuários de serviços / sobreviventes da psiquiatria / clientes podem se relacionar com outros movimentos sociais? O que podemos oferecer uns aos outros além do apoio mútuo? Se é verdade que estamos entrando numa era altamente medicalizada de transtornos de humor e de personalidade, então o regime policial que pretende localizar e lidar com a loucura está passando por algumas grandes mudanças, especialmente globalmente. Nesse momento em que vivemos, qualquer movimento precisa perguntar o que faz dele um movimento, o que o une e o separa de outros grupos políticos ou sociais. Vamos olhar principalmente para textos daqueles que tentam reunir ou organizar usuários / sobreviventes / clientes e refletir sobre o que é o que une essas pessoas.

Uma das perguntas mais importantes quando se pensa nesse objetivo é: **como podemos ouvir e respeitar as pessoas em sofrimento psíquico sem assumir que elas têm algum problema médico?** A psiquiatra brasileira Nise da Silveira disse: "Não se curem além da conta. Gente curada demais é gente chata". O que pode significar "não se curar além da conta" sem patologizar ou entender a loucura como uma doença? Para nós, isso significa não pensar a loucura como uma identidade, um tipo, ou uma categoria, mas como uma *vivência* situada e circunscrita aos momentos da nossa vida. "Não se curar além da conta" pode significar que a loucura pode ser uma passagem pela qual se atravessa, facilitando o cuidado de si e o florescimento.

Em alguns lugares do mundo, um movimento chamado de "Orgulho Louco" foi se estruturando. Esse movimento social é uma forma de criar novos conceitos de si-mesmo e novas formas de vivenciar e responder à angústia e ao sofrimento e de conceber nossas emoções e nossos pensamentos. Os ativistas do Orgulho Louco vêm realizando um importante trabalho de denunciar as práticas coercitivas da psiquiatria e de apoiar as pessoas em momentos de sofrimento. Além disso, o movimento também vêm explorando, de maneira radical, o que significa estar "louco" tanto nas relações da loucura com o campo da psiquiatria quanto fora dessas relações. Em alguns lugares, esses movimentos têm se aliado aos grupos de abolicionismo penal; em outros, aos grupos da luta anticapacitista.

O texto de **Oryx Cohen** relata o processo de construção do documentário "Vozes que curam", apresentando o conceito de "Orgulho Louco" e suas relações com estratégias de *recovery* e com a comunidade no geral. É uma boa introdução ao tema do Orgulho Louco e como ele pode ser articulado para avançar alguns dos objetivos dos movimentos sociais de usuários de serviços / sobreviventes da psiquiatria / clientes.

O artigo de **Pablo Valente** apresenta a história do movimento de sobreviventes da psiquiatria e sugere algumas formas como essa história pode ajudar a luta antimanicomial a sair de alguns de seus impasses.

O artigo de **Samantha Lilly** comenta um artigo do psicólogo Fernando

Freitas sobre os movimentos de sobreviventes no Brasil. Lilly e Freitas argumentam que a resistência dos movimentos brasileiros dos sobreviventes da psiquiatria nunca alcançará a libertação de fato enquanto o modelo biomédico de doença mental mantiver o seu poder hegemônico. Esse ponto é também explorado em outro texto de **Fernando Freitas**, incluído nos textos secundários.

O texto da **Colectiva Antipsiquiatria** apresenta a ideia de Orgulho Louco como forma de recuperação política de um rótulo anteriormente utilizado para diminuir ou desumanizar as pessoas. Mais do que tomar o termo “louco” como identidade fixa ou sinal de uma doença, o que o coletivo propõe é que se utilize o termo como forma de sinalizar um orgulho de seu estado.

Finalmente, o artigo de **Ana Paula Müller de Andrade** apresenta a Parada Gaúcha do Orgulho Louco a partir da visão da antropologia. A autora conclui que a Parada do Orgulho Louco mostra possibilidades de transformação das relações da sociedade e dos sujeitos acometidos por algum tipo de experiência de sofrimento psíquico.

Leituras

Texto principal

Oryx Cohen, **“Vozes que Curam, Orgulho Louco e Comunidade Recuperada”**

https://madinbrasil.org/2017/03/vozes-que-curam-orgulho-louco-e-comunidade-que-recupera/

Textos secundários

Pablo Valente, “Conheça o Movimento de Sobreviventes da Psiquiatria”

https://blog.cenatcursos.com.br/conheca-o-movimento-dos-sobreviventes-da-psiquiatria/

Samantha Lilly, **“A Luta dos Sobreviventes Psiquiátricos Brasileiros pela Libertação Impedida pelo Modelo Médico”**

https://madinbrasil.org/2022/06/a-luta-dos-sobreviventes-psiquiatricos-brasileiros-pela-libertacao-impedida-pelo-modelo-medico/

Fernando Freitas, **“Reforma Psiquiátrica e o Movimento Organizado de Usuários. Por que não há Movimentos de Ex-Usuários**

ou de Sobreviventes da Psiquiatria no Brasil?"

https://madinbrasil.org/2021/05/reforma-psiquiatrica-e-o-movimento-organizado-de-usuarios-por-que-nao-ha-movimentos-de-ex-usuarios-ou-de-sobreviventes-da-psiquiatria/

Colectiva Antipsiquiatria, "A loucura não é identidade, nem condição, nem afecção"

https://write.as/claudecahun/a-loucura-nao-e-identidade-nem-condicao-nem-afeccao

Ana Paula Müeller de Andrade, **"Agenciamentos sociais e ações do Estado: Parada do Orgulho Louco no Brasil"**

https://journals.openedition.org/aa/5851

Para assistir e ouvir

Podcast Viração, **"Dia do Orgulho Louco"** | https://open.spotify.com/episode/3NAU7HJ6fDX7v47X9BkY9b?si=jdiB_-7hSJuvJST6vbJ1xg&app_destination=copy-link

Perguntas para reflexão

1. Quais, na sua opinião, são os principais valores éticos e princípios compartilhados pelos movimentos de Orgulho Louco e a luta antimanicomial?
2. Para além de um histórico de relações com os serviços de saúde mental, o que, na sua opinião, "junta" os usuários de serviços / sobreviventes da psiquiatria / clientes?
3. A partir da leitura dos textos, como você acredita que podemos validar as emoções e experiências das pessoas sem patologizá-las? O que significa ser "louco/a" sem fazer referência à psiquiatria ou à psicologia?